

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

1. A. Nombre y apellidos completos: .....  
B. Lugar y fecha de nacimiento: .....  
C. Documento de identidad exhibido, número y fecha :.....  
D: Presentado el examen por el Sr.:.....
2. A. Domicilio Actual: .....  
B. En los Últimos dos años: .....
3. A. Profesión u ocupación principal (detalles amplios y precisos ) .....  
B. ¿ Desde Cuando ? .....  
C. ¿ Simultáneamente desempeña usted alguna otra ? .....  
D: Ocupaciones anteriores .....
4. A. Antecedentes de familia :.....

A	Edad Actual	Estado Salud, si no es bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte	B	Edad Actual	Estado Salud, si no es bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
PADRE					CONYUGE				
MADRE									
Hermanos					Hijos				

- C. ¿ Hubo en su familia casos de suicidio, insania,epilepsia, cáncer , diabetes o tuberculosis ? ( Indicar parentesco ) .....  
D: ¿ Ha convivido usted en el último año con algun tuberculoso ? .....
5. A. ¿ Hace usted vida sedentaria ?.....  
B. ¿ Realiza usted deportes ? .....¿Cuáles ?.....  
C. ¿ Practica o emplea usted la aviación ? ..... ¿ En que carácter ? .....  
D: Piensa uste tomar parte en carreras mecánicas ? .....
6. A. Consume usted habitualmente vino, cerveza,licores, u otras bebidas alcohólicas ?.....  
( Cantidad diaria ) .....  
B. ¿ Bebió usted con exceso en alguna época ? ..... ¿ Cuándo y con qué frecuencia ? .....  
C. Interviene usted personalmente en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para consumo en público ?.....  
D: ¿ Fuma usted ? ..... (cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc ).....  
E: ¿ Necesita o necesitó usted hacer uso de sedantes ? (Opio, morfina, cocaína, veronal , etc ).....  
¿ Por qué motivo ? .....  
F: ¿ Se ha inyectado Ud. alguna vez drogas que no le fueron prescritas por un médico ? .....
7. A. ¿ Prestó usted servicio militar durante todo el tiempo reglamentario ?..... ( En caso negativo, indíquese las causas) ...  
.....
8. A. Estatura exacta (calzado ) m.....Cm. B. Peso exacto (vestido) Kg.....
9. A. ¿ Ha sufrido usted en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias ? (En caso afirmativo, márquelas con una X ) Acidez o dolores de estómago.....Asma .....Cólicos intestinales.....Convulsiones.....Chancros .....  
Deposiciones con sangre ..... Desmayos.....Diarreas frecuentes ..... Dificultad para Orinar.....Dolores articulares .....  
Dolores de cabeza persistentes .....Dolores de oído frecuentes o agudos.....Opresión o palpitaciones cardíacas .....  
Eczemas.....Expectoración con sangre.....Fatiga respiratoria.....Ganglios inflamados o hinchados.....Hemorroides .....  
Hinchazón de piernas .....Ictericia.....Mareos intensos o frecuentes .....Ronquera persistente..... Sangre en la orina.....  
Temblores.....Tos o expectoración abundante.....Trastornos nerviosos o mentales.....Trastornos visuales.....Varices.....  
Vómitos de sangre.....  
B. ¿ Padece o ha padecido usted de alguna de las enfermedades abajo detalladas ?.....  
¿ De otras enfermedades no mencionadas abajo?.....

Anemia - Apendicitis - Apoplegía - Diabetes – Brucelosis – Diabetes – Enfermedades de la piel – Enfermedades de la piel –  
Enfermedades del Hígado o vesícula biliar (cólicos,cálculos ) – Enfermedades del riñon o de la vejiga (cólicos, cálculos ) –  
Enfermedades del corazón – Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disentería ) – Enfermedades de los  
ojos, la garganta, de la nariz, de los oídos – Epilepsia – Escarlatina – Gota – Paludismo – Parálisis – Pleuresía – Reumatismo –  
Sida – Sífilis – Tuberculosis – Tumores

Enfermedad Sufrida	Año	Duración	Tratantes Médicos

Enfermedad Sufrida	Año	Duración	Tratantes Médicos

--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. A. ¿Le hicieron a ud.algún análisis de orina, de sangre (Wasserman, Khan, citológico, etc ), de esputos o de líquido cefalo-raquídeo? ..... ¿Cuándo, por qué causa y cuál fue el resultado? .....  
B. ¿ Le fue tomada a usted la presión sanguínea ? .....¿ Cuando y por qué causa y cuál fue el resultado?.....  
C. ¿ Le han realizado a usted radiografías, radioscopías, endoscopías o electrocardiogramas u otras investigaciones ? .....  
    ¿ Cuándo y por qué ? .....  
D: ¿ Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios? ..... ¿ Por qué causa? .....  
    ¿ Desde cuándo? .....  
E: ¿ Aumentó o disminuyó de peso usted en el último año ? .....¿ En cuánto y por qué?.....
- 11.A. ¿ Ha sufrido usted algún accidente, herida, u operación quirurgica? .....  
    ¿ En que consistió? (fecha, consecuencia y médico que lo atendió? .....  
B. ¿ Estuvo usted internado en algún hospital o sanatorio?.....Fecha, dónde y por qué? .....  
C. ¿ Adolece usted de algún defecto físico (Cojera, amputaciones, etc ) .....
12. CUANDO SE TRATA DE UNA MUJER A. ¿ Sus embarazos y partos han sido normales? .....  
B. ¿ Fecha del último parto ?.....¿Sus reglas son normales?.....  
C. ¿ Esta Ud. Embarazada?.....¿De cuantos meses?.....  
D. ¿ Sufre o ha sufrido Ud.enfermedades genitales ?.....  
E. ¿ Ha sido operada de la matriz, ovarios, o mamas?.....  
F: ¿ Tuvo Ud.abortos ? .....¿ Cuántos, cuándo y por qué?.....  
G. ¿Tiene Ud. Trastornos menopáusicos? .....
- 13.A. ¿ Actualmente se considera Ud.sano ? .....  
B. ¿ Cambio Ud.su resistencia o profesión por razones de salud ?.....  
C. ¿Esta Ud.actualmente en tratamiento (Dar detalles ).....  
    Atención médica durante los últimos 5 años:  
D. Nombre y dirección de us médico de cabecera: SI/NO .....  
E. ¿Cuándo y por cuánto tiempo ha estado Ud.consultando a su médico? SI/NO .....  
F. Ha consultado Ud. En los últimos 5 años a otro médico? SI/NO (por favor indique también nombre y dirección completa ).....  
Ha sufrido Ud.de:  
G. Fiebre en intervalos o persistente SI/NO .....  
H. Sudoraciones nocturnas persistentes SI/NO.....  
I. Pérdida de peso inexplicable SI/NO .....  
J. Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentados de tamaño SI/NO.....  
K. Repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica? SI/NO.....  
L. Tos persistente u otras enfermedades graves de las vías respiratorias SI/NO.....  
M. Enfermedades dermatológicas SI/NO.....  
N. Hepatitis “B” o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, alteraciones o secreciones genitales SI/NO.....  
O. ¿Ha recibido alguna vez trasnfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos 5 años? SI/NO.....  
P. ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre, por qué? SI/NO.....  
Q. ¿Autoriza Ud. A la entidad a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido?.....
- 14.A. ¿ Fue examinado antes para un seguro de vida?.....¿Cuándo y para qué Entidades?.....  
B. ¿ Sirvase indicar fechas, nombres de Cías y si aún están en vigor las pólizas aceptadas. SI/NO.....  
C. Ha sido alguna vez propuesta, rechazada o retirada una solicitud de seguro de vida o de invalidez o se le han impuesto condiciones especiales?  
    SI/NO.....  
D. En los últimos 24 meses, ha solicitado Ud.un seguro de vida o existe una solicitud pendiente? SI/NO.....  
    Sirvase indicar también viajes privados o de negocios SI/NO.....  
E. Durante los últimos 5 años, ha residido Ud. En un país diferente al que reside actualmente? .....  
F. ¿ Tiene Ud.en trámite alguna otra solicitud de seguro?.....  
G. ¿El seguro que Ud.solicita ahora, está destinado a reemplazar a algún otro en vigor o caducó?.....  
H. ¿Posee Ud.algún seguro de vida “sin examen médico”?.....  
    ¿En qué entidad y desde cuándo?.....
15. A. ¿ Ha leído Ud. las contestaciones consignadas en este formulario, dadas por Usted al representante de la entidad y las considera completas?.....  
B. ¿ Releva Ud. del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro? .....

**RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art.5º párrafo 2º Ley 17418) Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sun condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.**

*No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.*

*Autorizo a BENFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistano examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es.*

En ....., el.....de.....de 20.....

FIRMADO EN MI PRESENCIA :

.....  
Firma del representante de la Cía.

.....  
Firma del Solicitante

